



MEDICINA DO TRABALHO LTDA

GUIA PARA ENCAMINHAMENTO DE EXAMES (PARTICULAR)

DADOS DA EMPRESA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

EMPRESA CONTRATANTE:			
CNPJ:		E-Mail:	
Endereço:			
Cidade:		CEP:	

DADOS DO CANDIDATO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Nome:			
CPF:		RG:	
Função		Data de Admissão:	
Setor		Unidade:	

TIPO DE EXAME CLÍNICO A REALIZAR:

☐ Admissional ☐ Periódico ☐ Demissional ☐ Retorno ao Trabalho ☐ Mudança de Risco

TIPO(S) DE EXAME(S) COMPLEMENTAR(ES) A REALIZAR:

☐ Audiometria ☐ Acuidade Visual ☐ Espirometria ☐ ECG ☐ EEG
☐ Raio X - Qual? _____ ☐ Laboratório - Qual? _____

Outros Exames:

_____	_____
_____	_____

☐ Constar apto p/ trabalho em altura ☐ Constar apto p/ espaço confinado ☐ Constar apto p/ eletricidade

RISCOS	DESCRIÇÃO DE AGENTES DE RISCOS
ACIDENTE (MECÂNICO)	
BIOLÓGICO	
ERGONÔMICO	
FÍSICO	
QUÍMICO	
AUSÊNCIA DE RISCO	

Observações Importantes: aconselhamos que ao preencher esta guia seja consultado o PGR e PCMSO da empresa que o funcionário irá exercer a sua função para indicar no formulário os riscos ocupacionais e os exames complementares. Tais informações deverão ser mencionados nos quadros acima, sendo de responsabilidade do empregador a correta informação com o preenchimento de todas as informações solicitadas, inclusive para agilizar o atendimento.

Nome e CRM do médico responsável pelo pcms (se houver):	Data:
_____	_____

Rua: Barata Ribeiro, 530 - 3º Andar - Guanabara - CEP: 13023-030 - Campinas/SP.

Fones: (19) 3579-2930 / 3579-2931

Email: recepcao.ampla@uol.com.br - Site: www.amplamed.com.br